



**« L'Aide publique au développement française et la mise en œuvre de l'agenda post-2015 du développement : quelles priorités de recherche et d'actions en matière de santé? »**

Institut Catholique de Paris– 21, rue d'Assas, 75006 Paris

12 juin 2014 de 9h00 à 16h00

*Atelier coordonné par l'Iddri, en partenariat avec le Cirad et la Ferdi, avec le soutien de la Fondation Gates*

Document de cadrage

Draft, 2 juin 2014

## **L'Aide publique au développement française et la mise en œuvre de l'agenda post-2015 du développement : quelles priorités de recherche et d'actions en matière de santé?**

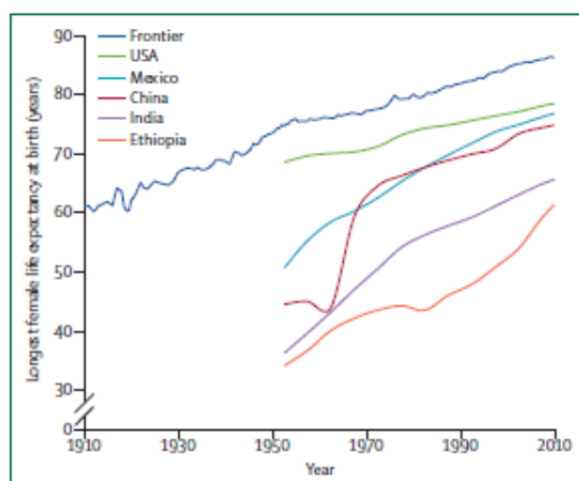
Tancrède Voituriez (Iddri et Cirad), Thierry Giordano (Cirad), Noura Bakkour (Iddri)

Après un premier atelier de diagnostic sur les performances de l'APD française au regard des enjeux de l'agenda post 2015 et un second plus spécifiquement dédié aux problématiques alimentaires et agricoles, le troisième atelier de notre projet porte sur les questions de santé mondiale. Nous abordons dans ce document de cadrage, pour discussion lors de l'atelier, l'état des lieux des progrès réalisés en matière sanitaire depuis la parution il y a vingt ans du rapport de la Banque Mondiale sur le développement dédié à la santé, puis les transformations conjointes de l'écosystème de l'aide, avant de traiter les enjeux de la période actuelle et ceux inscrits plus largement à l'horizon de 2030 fixés par les prochains objectifs du développement durable. Quelques implications pour les acteurs de l'aide, et en particulier pour les opérateurs français, seront alors suggérées, pour l'essentiel sous forme de questions auxquelles il reviendra aux participants de l'atelier d'apporter collectivement des propositions ou début de réponse et des initiatives.

### **1. 1993-2013 : des progrès incontestables en matière de santé globale**

Si des défis considérables restent à surmonter en matière de santé, les progrès mesurés depuis la parution il y a un peu plus de vingt ans maintenant du rapport de la Banque mondiale sur le développement dans le monde *Investir dans la santé* (Banque Mondiale, 1993) n'en sont pas moins éloquentes. Comme le souligne le Lancet, la plupart des pays ont vu la durée de vie de leur population s'accroître – doublant même dans des pays comme la Chine, le Mexique, l'Ethiopie et l'Inde ; le nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans passait d'environ 12 millions à moins de 7 millions ; le taux de mortalité maternelle a été divisé par deux (Lancet, 2013). Les progrès sanitaires ont été en moyenne plus spectaculaires pour les femmes que pour les hommes (figure 1), à l'exception notable de la Chine et de l'Inde où les filles conservent une probabilité plus élevée que les garçons de mourir avant cinq ans (id.).

Figure 1 : Espérance de vie des femmes à la naissance pour un groupe de pays



La frontière indique l'espérance de vie des femmes dans le pays enregistrant, en la matière, les meilleures performances – en l'occurrence le Japon durant les vingt dernières années.

Source : Lancet (2013)

Les raisons de ces indéniables progrès, pour incomplets soient-ils, résident dans la conjugaison de plusieurs facteurs dont le poids relatif reste difficile à apprécier, pour la première raison qu'une relation circulaire lie bon nombre d'entre eux : citons ainsi les progrès techniques (équipement, médicament, vaccins), la mise à l'agenda dans les pays à revenu faible (PMA) et intermédiaires (PRI) des questions de santé publique, la croissance spectaculaire des revenus dans les pays aujourd'hui classés parmi les PRI et la mobilisation de montants substantiels et croissants de l'aide publique au développement. Les sommes dédiées à la R&D santé ont été multipliées par cinq entre 1990 et 2010, financées à 60% par le secteur privé et principalement dédiées aux maladies non transmissibles (MNT). Moins de 2% est affecté aux maladies infectieuses de première importance pour les PMA et les PRI.

Des innovations institutionnelles sans équivalent dans les autres secteurs de la coopération internationales se sont déployées dans un premier temps dans le domaine de la R&D, avec le lancement en 1996 du premier partenariat public privé pour le développement de produits (PPDP), sur un financement de la Fondation Rockefeller, suivi d'injection massive de fonds de la Fondation Bill et Melinda Gates (BMGF) et des bailleurs publics tels que les États-Unis, le Royaume-Uni et la Commission Européenne. Aujourd'hui, le Fonds mondial, l'Alliance Gavi, BMGF, UNITAID et les acteurs « traditionnels » de l'APD composent un écosystème original caractérisé par « *tremendous experimentation and innovation in mobilisation and channelling of money, pooling of demand, shaping of markets, and improvements in the security of commodity supply* » (Lancet, 2013 : 1909). Cet écosystème dans son ensemble, au sein duquel la France occupe une place considérable, par son *leadership* politique dans la création notamment du Fonds mondial et de la Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm/GAVI), a soutenu l'introduction de nouvelles technologies dans les systèmes de soin à des prix abordables et peut donc s'arroger légitimement une partie du crédit pour l'évolution favorable des grands indicateurs sanitaires que nous avons esquissée à grands traits.

**Ce que nous pouvons en retenir :**

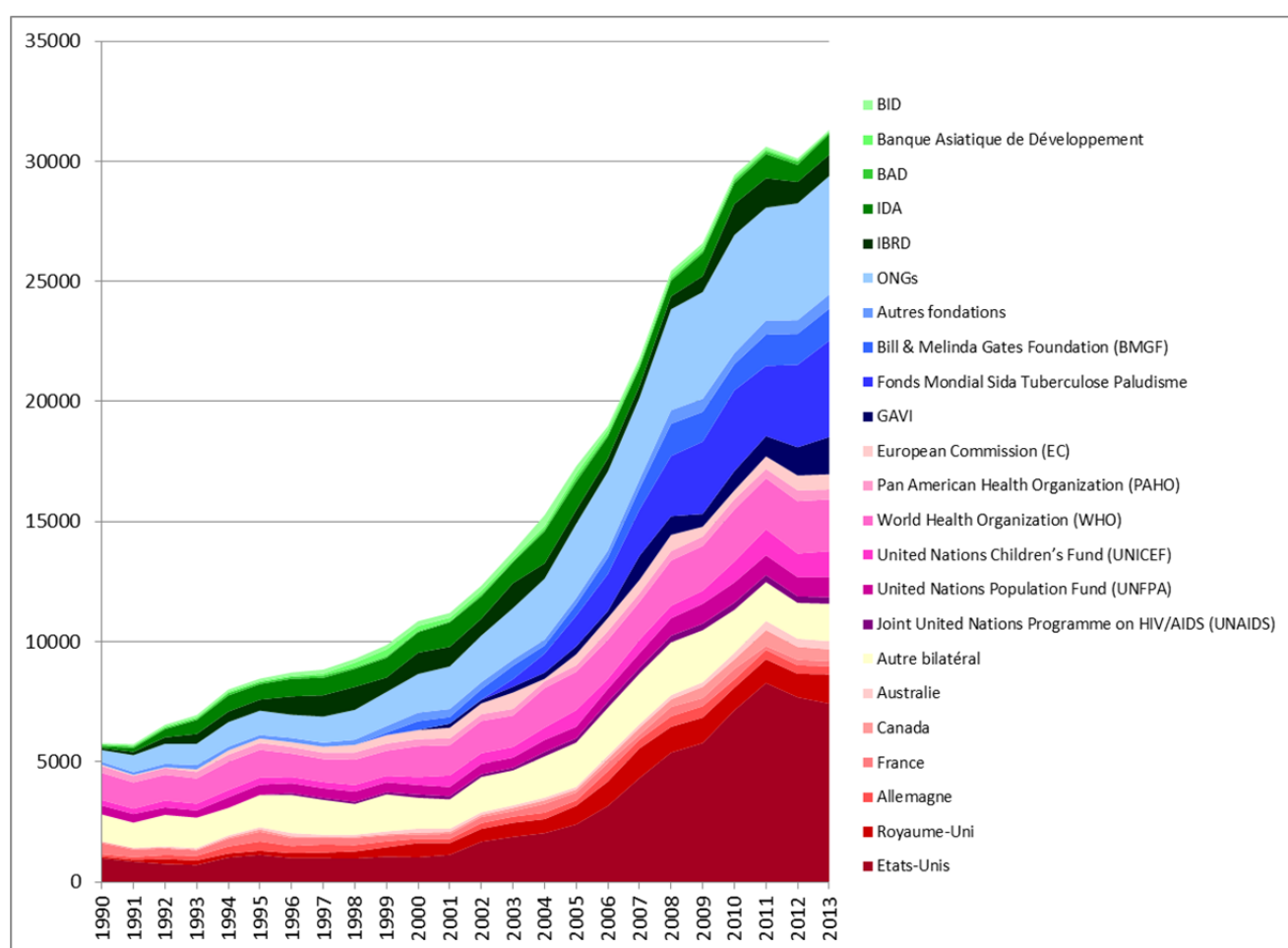
- Des progrès indéniables en matière de santé durant les 20 dernières années sur les grands agrégats les plus couramment mesurés dans les PED. Que ces progrès soient insuffisants et inégalement distribués entre pays et populations est une autre question - nous l'aborderons plus loin dans la section traitant des enjeux de la période.
- Ces progrès s'inscrivent dans une histoire longue (cf figure 2 : tout n'a pas commencé dans les années 1990)
- Les déterminants du progrès sont connus : innovation institutionnelle et technique, portage politique (et financement domestique pérenne et dédié), croissance des revenus et mobilisation de fonds.
- Enfin, les effets externes éventuellement négatifs de ces déterminants ne doivent pas être omis : la croissance des revenus, corrélés à la chute de la mortalité infantile, s'accompagne par exemple d'une hausse de la prévalence d'autres maladies telles que les MNT. Santé et développement durable sont intrinsèquement liés.

**2. Les transformations de l'écosystème de l'aide**

L'aide au développement publique et privée au secteur de la santé (ADS) a été multipliée par 5 entre 1990 et 2013 (IHME, 2013) pour atteindre un peu plus de 31 milliards de dollars aujourd'hui. L'évolution des contributions des bailleurs publics et privés composant l'écosystème de l'ADS est fournie par les figures 2 et 3. La chronologie de la hausse des contributions globales et de leur changement d'échelle au tournant du siècle précédent est indissociable de celle d'une recomposition profonde de ses principaux composants (figures 4 et 5).

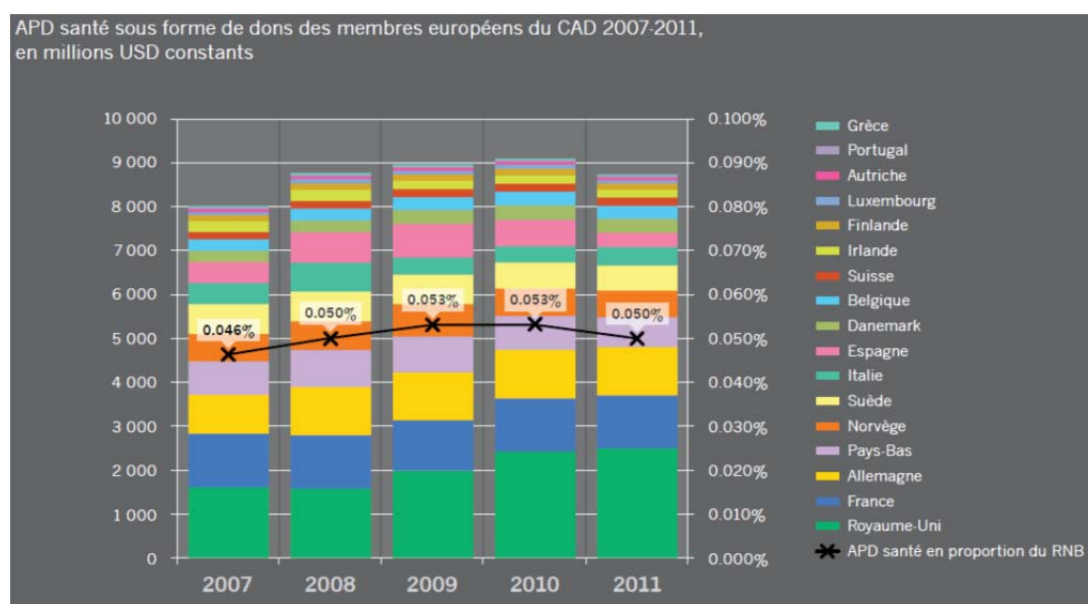
L'aide bilatérale reste le premier canal de financement, oscillant entre 50% des contributions en 1990 et environ 30% durant le creux des années 2000-2001 ; elle achemine aujourd'hui près de 40% des financements. A peu près inexistants avant 2000, les partenariats public-privé représentent près de 20% des contributions tandis que la proportion des contributions financières des Ongs et des fondations a plus que doublé depuis 1990. Cette relative stabilité de l'aide bilatérale et cet essor rapide et constant des contributions privées se sont produits dans un contexte d'affaiblissement des contributions des agences onusiennes et une sorte de mouvement d'accordéon des engagements des banques multilatérales de développement. Selon les estimations et l'analyse du Lancet, la plupart des nouveaux fonds drainés pour la santé l'ont été à travers des programmes verticaux destinés à combattre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, et via l'introduction de nouveaux vaccins, selon une affection géographique privilégiant en premier lieu l'Afrique subsaharienne (Lancet, 2013).

Figure 2: Aide publique et privée à la santé (1990-2013)



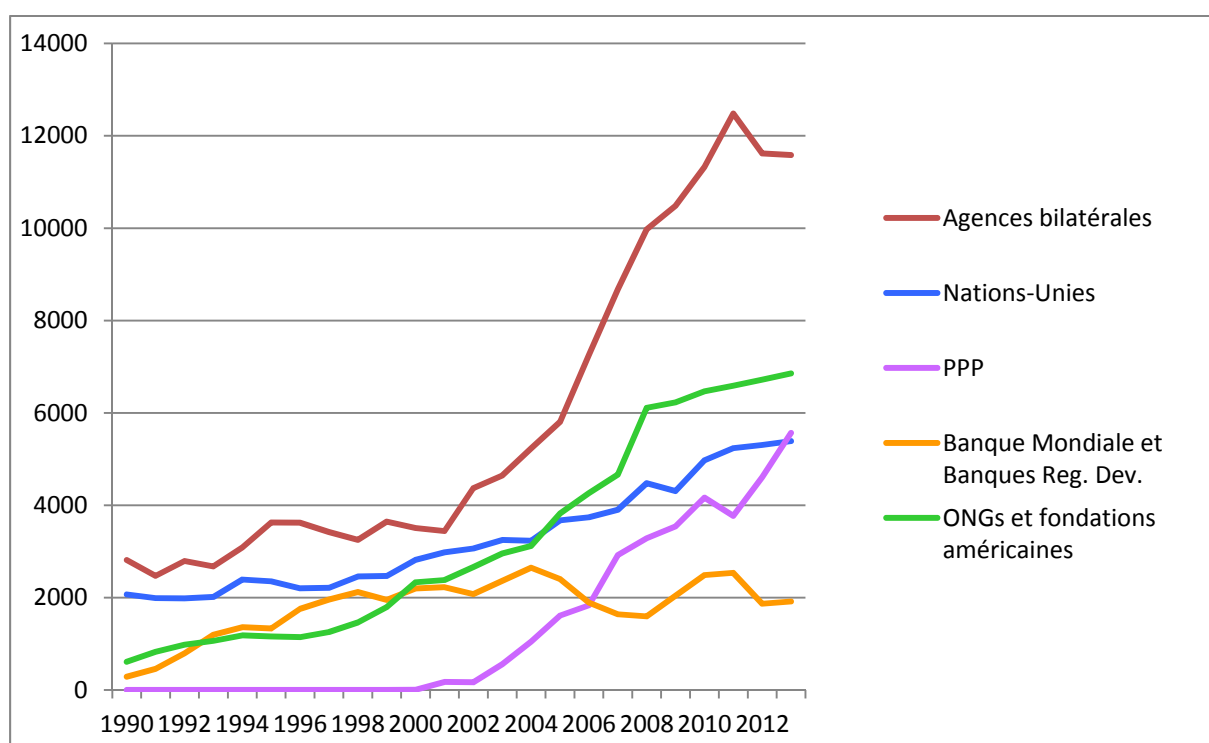
Source des données : Source: IHME DAH Database 2013

Figure 3: APD santé sous forme de dons des membres européens du CAD (2007-2011) M\$ constants



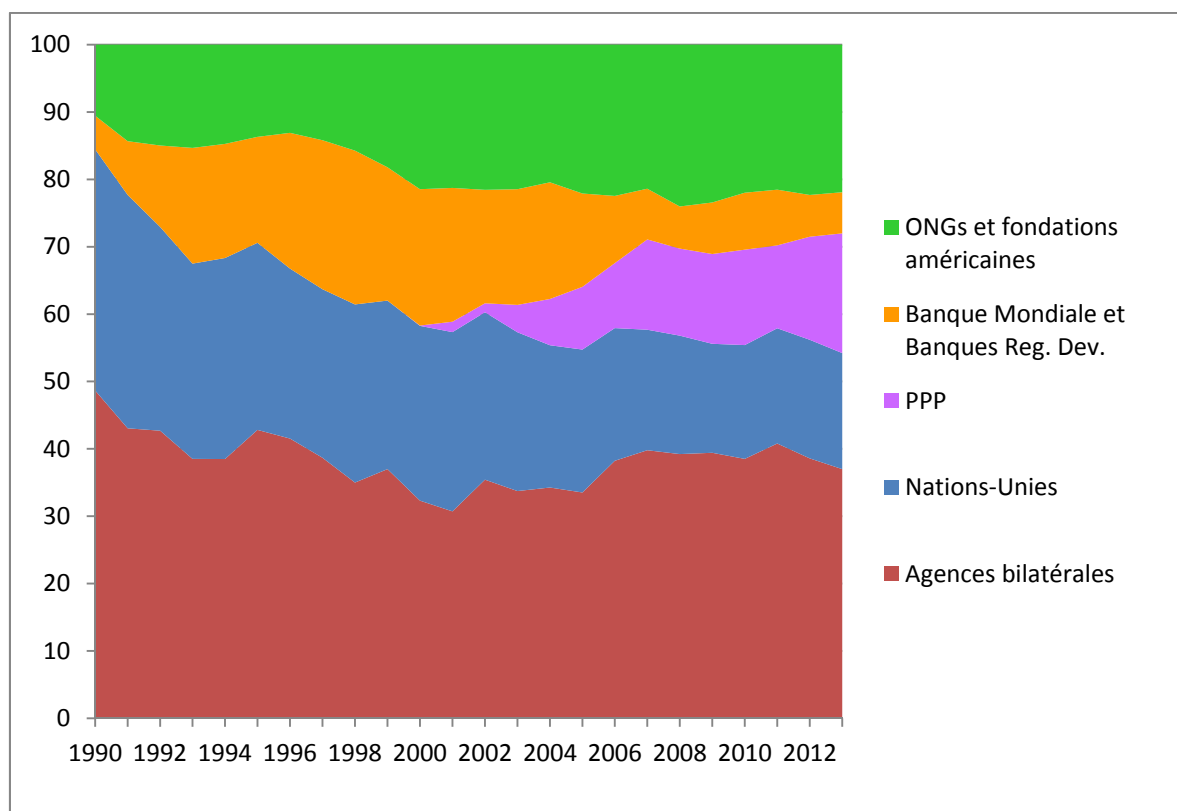
Source: Action for Global Health, December 2013.

Figure 4: Changements dans les types de contribution en volume, 1990-2013



Source des données : Source: IHME DAH Database 2013

Figure 5: Changements dans les types de contribution en %, 1990-2013



Source des données : Source: IHME DAH Database 2013

Dans cet écosystème, Il reste difficile de mesurer la part française tant les chiffres varient d'une source à l'autre. D'après une étude récente de Action for Global Health qui a cherché à recouper les différentes sources de données, la France contribue à hauteur de 900 millions d'euros (tableau 1) répartis à 80% en aide multilatérale et 20% en aide bilatérale.

Tableau 1 : Aide publique au développement française au secteur de la santé (millions euros)

	2007	2008	2009	2010	2011
APD santé multilatérale	745,29	724,37	681,09	729,73	737,29
APD santé bilatérale	82,54	127,91	126,86	158,51	176,16
% Revenu national brut	0,044%	0,043%	0,042%	0,045%	0,045%
% APD	18,39%	15,68%	12,34%	12,57%	13,41%

Source : Action for Global Health (2013)

**Ce que nous pouvons en retenir :** la concentration par thème ou maladie, et dans une moindre mesure, par région ou pays, a été un facteur déterminant des performances de l'ADS mais elle constitue en même temps une fragilité du système, tant pour les interrogations qui accompagnent la pérennité des engagements financiers concentrés sur le temps long, et partant, des impacts sanitaires positifs mis au crédit de ceux-ci par le passé, tant pour l'inconnu que représente l'intégration dans une architecture en cours de stabilisation, des enjeux négligés à venir de la santé et du développement.

### 3. Les défis de l'après 2015

« *Finish the MDG job* ». Plus d'une décennie après l'adoption par les dirigeants mondiaux des objectifs du Millénaire pour le développement et des cibles spécifiques, des progrès importants ont été accomplis vers la réduction de la mortalité maternelle et infantile, l'amélioration de la nutrition, et la réduction de la morbidité et de la mortalité dues à l'infection à VIH, à la tuberculose et au paludisme. Les progrès accomplis dans un grand nombre des pays qui enregistrent les taux de mortalité les plus élevés se sont accélérés ces dernières années, malgré des écarts sensibles persistant entre les pays et à l'intérieur des pays. Comme le souligne l'OMS, « Les tendances actuelles constituent une bonne base pour l'intensification de l'action collective et l'extension des approches qui ont effectivement permis de résoudre les problèmes dus aux nombreuses crises et aux grandes inégalités » (OMS, 2013) (encadré 1).

### Encadré 1 : les OMD santé<sup>1</sup>

OMD 4 : Entre 1990 et 2011, la mortalité des moins de cinq ans a baissé de 41 %, passant d'un taux estimatif de 87 décès pour 1000 naissances vivantes à 51 décès. Ce recul mondial s'est accéléré au cours de cette dernière décennie, passant de 1,8 % par an entre 1990 et 2000 à 3,2 % par an entre 2000 et 2011 ; ce taux reste néanmoins insuffisant pour atteindre la cible de réduction de deux tiers d'ici à 2015, par rapport aux niveaux de mortalité de 1990. À l'échelle mondiale, 44 des 144 pays à revenu faible ou intermédiaire auront atteint cette cible d'ici à 2015 si les progrès se poursuivent au même rythme que pendant la période de 2005 à 2011.

OMD 5 : Le nombre de décès maternels a reculé de manière notable, passant de 543 000 en 1990 à 287 000 – selon les estimations – en 2010 ; néanmoins, il faudrait presque un doublement de ce taux de réduction pour atteindre la cible 5.A : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle. La diminution du taux de mortalité maternelle à l'échelle mondiale entre 1990 et 2010 a été de 3,1 % par an, les taux les plus bas étant ceux des Régions des Amériques et de la Méditerranée orientale (2,5 % et 2,6 % par an, respectivement). Dans un quart environ des pays qui enregistraient les taux de mortalité maternelle les plus élevés en 1990 (100 décès maternels ou plus pour 100 000 naissances vivantes), les progrès ont été inexistantes ou insuffisants.

OMD 6 : D'après les estimations, le taux d'incidence du paludisme dans le monde a reculé de 17 % entre 2000 et 2010, et le taux de mortalité de 26 %. Les estimations disponibles au niveau des pays pour 2010 montrent que 80 % environ des cas de paludisme surviennent dans 17 pays et que 80 % des décès ont lieu dans 14 pays seulement. La mortalité par tuberculose a reculé de 41 % depuis 1990 et, d'après la tendance observée, la réduction atteindra 50 % d'ici à 2015. À l'échelle mondiale, les taux de guérison ont été maintenus à des niveaux élevés, égaux ou supérieurs à la cible de 85 % au cours de ces quatre dernières années (cible initialement fixée par l'Assemblée de la Santé en 1991). En 2011, il y a eu, selon les estimations, 2,5 millions de nouvelles infections par le VIH dans le monde, soit 20 % de moins qu'en 2001, année où l'on en avait dénombré 3,2 millions. L'Afrique subsaharienne comptait près de 70 % des personnes infectées par le VIH dans le monde. On estime que 34 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2011, c'est-à-dire plus que les années précédentes. Le nombre des personnes vivant avec le VIH continuera d'augmenter, puisque les décès dont la cause est liée au sida sont moins nombreux à mesure que progresse l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (où 8 millions de personnes ont bénéficié de ces traitements en 2011).

Source : OMS (2013)

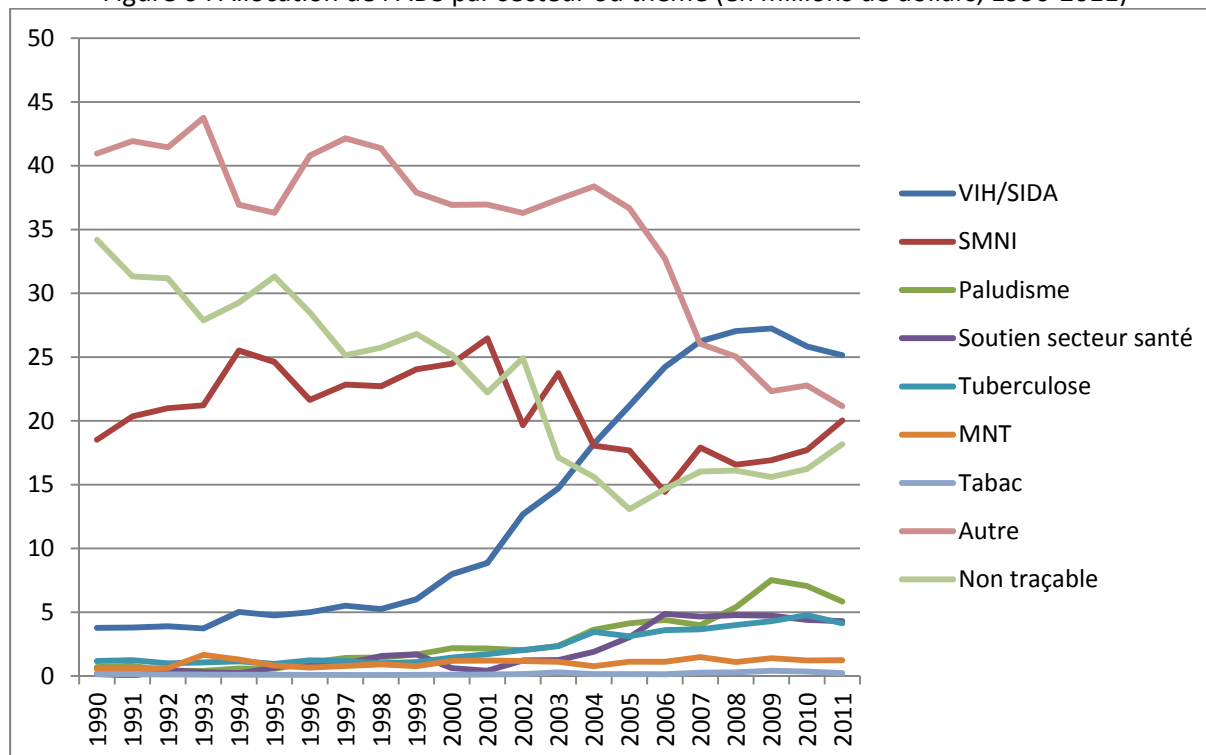
*Un rééquilibrage sectoriel et géographique de l'ADS.* L'Afrique subsaharienne en 2011 (dernière année pour laquelle des données cohérentes sont disponibles) recevait 28,6% de l'ADS avec près de 9 milliards de dollars. Par secteur ou thème, le poste VIH/Sida est globalement le premier destinataire, à près de 8 milliards de dollars ; la santé maternelle, des nourrissons et des enfants est sur une pente croissante, pour atteindre plus de 6 milliards de dollars, tandis que les sommes dédiées aux maladies non transmissibles sont dérisoires au regard de l'ensemble, à 377 millions de dollars (figure 6 et encadré 2). Comme le soulignent différents rapports dont celui de l'IHME (2013),

<sup>1</sup> Nous ne traitons ici, pour des raisons de place, que des OMD spécifiques à la santé, à savoir les OMD 4, 5 et 6. Le lecteur pourra se reporter à la publication OMS (2013) pour les autres OMD pertinents dans une perspective de santé mondiale – ainsi pour l'objectif 1, la cible 1.C : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim ; pour l'objectif 7, la cible 7.C : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre et à des services d'assainissement de base ; et pour l'objectif 8, la cible 8.E : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement.



un bon nombre de pays supportant le fardeau le plus lourd de maladies ne reçoivent pas en proportion l'attention et les financements de l'ADS. Parmi les 20 premiers pays classés selon leur espérance de vie corrigée de l'incapacité (DALY), seuls 13 d'entre eux figurent dans le classement des 20 premiers récipiendaires de l'ADS.

Figure 6 : Allocation de l'ADS par secteur ou thème (en millions de dollars, 1990-2011)



Source : IHME DAH Database 2013

*Le ciblage des populations vulnérables dans une nouvelle géographie économique de la pauvreté.* Les taux de prévalence des maladies infectieuses évitables et de mortalité maternelle et infantile sont plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain et chez les pauvres que chez les riches. Lorsqu'on se souvient que 70% des pauvres vivent aujourd'hui dans les pays à revenu intermédiaire, ce constat implique en premier lieu que les cibles de l'ADS et de l'APDS en particulier devraient moins être les pays que les populations vulnérables aux risques sanitaires (voir le brief de notre premier atelier « Post-2015 development challenges : implications for official development assistance »<sup>2</sup>).

*La réduction du coût catastrophique des dépenses de santé.* Les dépenses de santé ont un effet d'appauvrissement significatif, confirmé par les études conduites depuis 1993 sur le sujet. En définissant une « catastrophe financière » comme la dépense de plus de 40% du budget non-alimentaire, les estimations donnent la mesure 150 millions de personnes en situation de catastrophe financière chaque année. Un quart des ménages des PMA et PRI emprunte ou se débarrasse d'actif pour couvrir des dépenses imprévues de santé.

<sup>2</sup> Voituriez T., Giordano T., Boussichas M. (2014) « Post-2015 development challenges : implications for official development assistance », IDDRI Policy Brief n° 07/14 March.

## **Encadré 2 : maladies négligées, maladies non-transmissibles et « épidémies silencieuses »**

### **Maladies tropicales négligées**

Touchant les populations les plus vulnérables dans le monde, les maladies infectieuses et parasitaires persistent et menacent un habitant de la planète sur six de maladie, de handicap ou d'être défiguré. 90% des cas surviennent en Afrique subsaharienne. On retrouve parmi ces maladies les dix maladies tropicales dites « négligées » : la bilharziose, la trypanosomiase humaine (maladie du sommeil), l'onchocercose, la draconculose (maladie du ver de Guinée), la filariose lymphatique, la schistosomiase, le trachome, la lèpre, la leishmaniose viscérale et la maladie de Chagas. Longtemps délaissées par l'aide internationale focalisée sur les programmes verticaux contre le VIH-Sida, la tuberculose et le paludisme, depuis le début de la décennie 2010, les MTN retrouvent leur place dans les programmes de santé publique. Plus de 70% des pays concernés, à l'instar du Nigeria très touché, ont mis en place des plans nationaux contre les MTN. La Côte d'Ivoire, le Niger et le Nigeria sont parvenus à se débarrasser du ver de Guinée. Le Maroc de même avec le trachome. La R&D des grands laboratoires pharmaceutiques s'intéresse davantage que par le passé à ces maladies délaissées et recourt davantage à des pratiques collaboratives, via des mises à disposition de molécules ou le partage des résultats des tests cliniques. 13 laboratoires sont réunis depuis 2012 autour du Partenariat S'unir pour combattre les MTN avec l'objectif de faire don de la quasi-totalité des traitements nécessaires. Plusieurs laboratoires ont mis en place des « licences volontaires » (dans ce cas un détenteur de brevet octroie des licences exclusives ou non-exclusives pour fabriquer, importer et/ou distribuer un produit pharmaceutique) qui permettent de développer la production de médicaments génériques, donc à bas prix.

### **Maladies non transmissibles et transition épidémiologique**

Les schémas de morbidité se modifient avec le temps, sous l'influence de facteurs démographiques, économiques et politiques. De nombreux pays ont ainsi connu plusieurs étapes dans son histoire sanitaire : la période de la peste et des famines, celle des maladies infectieuses et parasitaires, celle de l'apparition et de l'extension de nouvelles maladies (HIV-Sida, virus Ebola, gripes aviaires), enfin plus récemment celle des maladies d'origine humaine ou environnementale (diabète, hypertension, maladies cardiaques et cancers), associées à l'urbanisation et révélatrices de la transition épidémiologique. Le cancer est la nouvelle maladie silencieuse dans les pays pauvres et émergents. Selon l'OMS, il sera le principal fléau en 2030. Les chiffres de la maladie, moins visible que les pathologies de masse comme le paludisme, sont en forte augmentation tant en termes de nouveaux cas, qu'en termes de mortalité. Cette expansion tient à des facteurs comportementaux urbains comme le tabagisme, la consommation d'alcool et une mauvaise alimentation. La pollution urbaine et les infections bactériennes ou virales jouent également un rôle important. Dans le cas du cancer du sein, l'âge moyen d'apparition de la maladie est de 43 ans en Afrique contre 59 ans en Europe. Certains cancers sont aussi associés au VIH-Sida (sarcome de Kaposi). Absence de prévention, tabou de la maladie, diagnostic tardif, indigence des infrastructures hospitalières, pénurie de personnel qualifié... à tous les niveaux de la chaîne de santé les moyens manquent. La radiothérapie est rarement accessible. Résultat, le taux de mortalité par cancer atteint 75% dans certains pays.

D'autres maladies « modernes » affectent les urbains, notamment celles liées à la pollution ou au stress (maladies respiratoires, maladies cardio-vasculaires, maladies mentales). Le diabète également est devenu une maladie des pays pauvres. Les personnes les plus touchées ont entre 35 et 60 ans.

### **Médicaments contrefaits**

De nombreux pays connaissant un important trafic de produits pharmaceutiques. Selon l'Agence de santé américaine, un médicament sur dix vendu dans le monde serait un faux. Selon l'Alliance européenne pour l'accès à des médicaments sûrs, 62% des comprimés achetés sur internet en 2011 étaient des contrefaçons. Selon l'OMS, il représente en Afrique subsaharienne de 30 à 60% des volumes vendus. Empruntant des circuits transfrontières parallèles à ceux de la drogue, ils sont vendus de façon illicite sur les grands marchés en plein air aux côtés de fruits et légumes, aussi dans les réseaux officiels de distribution ou sur internet. La dangerosité de ces produits contrefaits tient du fait qu'ils contiennent parfois des substances toxiques. Au mieux ils entraînent l'échec thérapeutique, au pire la mort. Ils concernent tout le spectre médical. Ils incluent les antibiotiques, les antipaludéens, les hormones et les stéroïdes. Ils concernent les traitements contre le Sida, le paludisme ou la tuberculose, quitte à induire des risques réels d'échec thérapeutique ou à créer des souches résistantes.

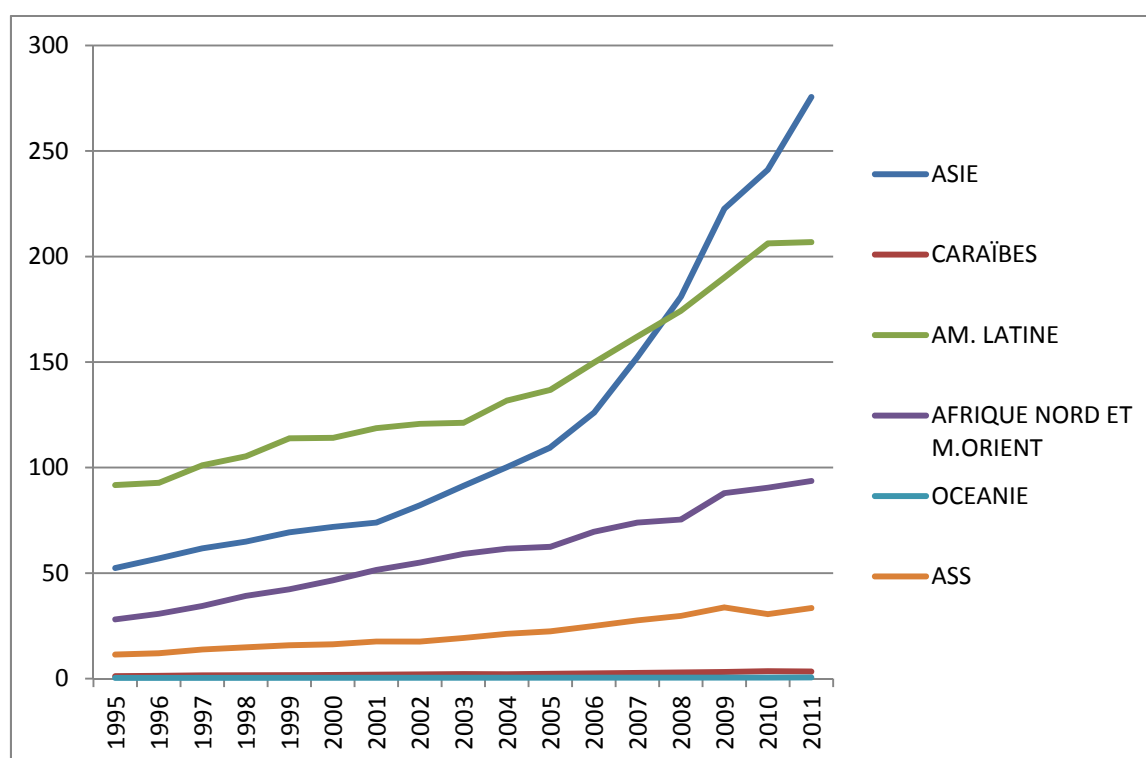
Selon l'Institut international de recherche anti contrefaçon de médicaments (IRACM, 2013) pour 1 000 dollars investis, le trafic de fausse monnaie ou d'héroïne en rapporterait 20 000 ; la contrefaçon de cigarettes, 43 000 ; la contrefaçon de médicaments, entre 200 000 et 450 000. Cette dernière serait donc de 10 à 25 fois plus rentable que le trafic de drogue. Tout en étant beaucoup plus facile (voie postale, containers peu ou mal contrôlés), plus rapide (moins d'intermédiaires, plus de discrétion), moins risquée (corruption généralisée, sanctions très faibles)...

L'OMS a engagé diverses actions d'information pour trouver des solutions contre cette « épidémie silencieuse ». L'Appel de Cotonou lancé en 2009 par la Fondation Chirac a eu pour objectif d'aboutir à l'établissement d'une convention internationale visant à criminaliser ce fléau.

Source : Jacquemot (2014).

*Dialogues et coopération entre acteur de l'ADS.* L'efficacité de l'écosystème global de l'aide à la santé reste perfectible. Des études soulignent le manque de coordination entre acteurs, le risque de duplication et de fragmentation des activités, la confusion dans les anticipations, par les acteurs et populations concernées, du rôle des différents donneurs, et un possible effet négatif sur les politiques nationales de santé (Lancet, 2013 ; Moon et Omole, 2013 ; Biesma, Brugha, Harmer, Walsh, Spicer, Walt, 2009). La capacité de dialogue elle-même est source d'interrogation dans le cas d'institutions productrices de normes telles que l'OMS dont les budgets réguliers déclinent en termes réels depuis 1994 (Lancet, 2013 ; IHME, 2012, Legge, 2012) ainsi que dans certains pays récipiendaires où l'évolution des budgets dédiés à la santé reste décorrélée des besoins croissants des populations (figure 7).

Figure 7 : Evolution des dépenses budgétaires de santé, 1995-2011 (milliards de dollars)



Source: IHME Government Health Spending Database (Developing Countries), 2013

#### Ce que nous pouvons en retenir :

Des enjeux ou défis que l'on peut reprendre et résumer ici dans une formulation très générale qu'il convient bien évidemment de préciser lors de nos échanges :

« Finish the MDG job », rééquilibrage sectoriel et géographique de l'ADS, ciblage des populations vulnérables dans une nouvelle géographie économique de la pauvreté, réduction du coût catastrophique des dépenses de santé pour les ménages, dialogues et coopération accrus entre acteurs de l'ADS pour une plus grande efficacité.

#### 4. Les réponses multilatérales aux enjeux de l'après 2015 : la négociation des objectifs de développement durable

Il ne fait pas mystère au lecteur que les Nations de ce monde se sont engagées à négocier au sein d'un groupe de travail ouvert (OWG) une série d'objectifs universels de développement durables (ODD) assortis de cibles et d'indicateurs dont la liste devra être arrêtée en septembre 2015 au terme de la 69<sup>e</sup> session de l'assemblée des Nations-Unies.

Les discussions au sein du groupe de travail ouvert ont été précédées par la production de deux rapports commandés par le secrétaire-général : le premier *A New Global Partnership: Eradicate*

*Poverty and Transform Economies through Sustainable Development*, rédigé par un panel de haut niveau - High-Level Panel of Eminent Persons (HLPE)<sup>3</sup>, le second *Programme d'actions pour le développement durable*, établi par le Leadership Council (Conseil de Direction) du Réseau des solutions pour le développement durable des Nations unies (SDSN)<sup>4</sup>. Sans préjuger du contenu et du résultat des délibérations consécutives de l'OWG, les deux rapports suggèrent une série d'objectifs et de cibles, certains relatifs à la santé, le SDSN produisant de surcroît des documents de cadrage sur une série de thèmes spécifiques, dont celui de la santé<sup>5</sup>.

Le programme de travail de l'OWG conduira celui-ci à adopter le 18 juillet 2014 au plus tard son rapport sur les objectifs et les cibles de développement durable, lequel sera ensuite remis au secrétaire général en vue d'une présentation à la session plénière de la 68<sup>e</sup> Assemblée générale en septembre 2014.

D'autres consultations ont accompagné ou préparé les travaux de l'OWG, produisant elles-aussi une série d'objectifs relatifs à la santé. Une synthèse des principales propositions d'ODD santé, tant onusiennes que non onusiennes est fournie tableau 2. Celles-ci, dans leur formulation actuelle, répondent à un grand nombre des défis du post-2015 que nous venons d'énumérer. Elles tirent les leçons des OMD dont elles souhaitent compléter les accomplissements, ajoutant à ceux-ci, pour un grand nombre d'entre elles, des objectifs plus transversaux et universels, au premier rang desquels nous trouvons la couverture santé universelle (CSU).

**Tableau 2: Synthèse des propositions d'ODD santé produites par les consultations sur le sujet**

Consultations	Objectifs spécifiques santé
Consultation de Haut Niveau organisée par l'OMS et l'UNICEF (Gaborone, Botswana, mars 2013)	Objectifs proposés : --- Maximiser les conditions de vie en bonne santé --- Accélérer les progrès des OMD en matière de santé --- Réduire le fardeau des grandes MNT et MTN --- Assurer une couverture et un accès universels en matière de santé
Rapport du Groupe de personnalités de haut niveau (ONU, mai 2013)	Santé & Objectifs connexes Objectif 4 : Assurer une vie en bonne santé Objectif 5 : Assurer la sécurité alimentaire et l'équilibre nutritionnel Objectif 6 : Assurer un accès universel à l'eau et à l'assainissement
Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (New York, septembre 2011)	Réduction de 25 % de la mortalité due aux MNT, dans le groupe des 30 ans - 70 ans, d'ici 2025
Assemblée mondiale de la santé (Genève, mai 2013)	Objectif 2025 : Atteindre l'objectif global de réduction relative de 25 % de la mortalité globale due aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou

<sup>3</sup> <http://www.post2015hlp.org/wp-content/uploads/2013/05/UN-Report.pdf>

<sup>4</sup> <http://unsdsn.org/resources/publications/an-action-agenda-for-sustainable-development/>

<sup>5</sup> Health in the Framework of Sustainable Development, Technical report for the post-2015 Development Agenda, 18 February 2014, prepared by the Thematic Group on Health for All of the SDSN.

<p>Également soutenu par l'Alliance contre les MNT de quatre grandes ONG de santé (UICC, WHF, FID &amp; UICMR)</p>	<p>aux maladies respiratoires chroniques, ainsi que 8 autres objectifs mondiaux volontaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>--- 0 % d'augmentation du diabète/de l'obésité</li> <li>--- Baisse de 25 % de l'augmentation de la tension artérielle</li> <li>--- Réduction de 30 % du tabagisme</li> <li>--- Réduction de 30 % de la consommation de sel/sodium</li> <li>--- Réduction de 10 % de l'inactivité physique</li> <li>--- Réduction de 20 % de la consommation nocive d'alcool</li> <li>--- 80 % de couverture des médicaments et des technologies essentiels pour lutter contre les MNT</li> <li>--- 50 % de couverture des traitements médicamenteux et du counseling</li> </ul> <p>Une résolution sur les MTN a également été adoptée réaffirmant l'engagement vis-à-vis de la Feuille de route sur les MTN ayant pour objectifs l'éradication de plusieurs MTN d'ici 2020.</p>
<p>Pour en finir avec la pauvreté au cours de notre génération : La proposition de <i>Save the Children</i> pour un cadre de travail Post-2015 (2012)</p>	<p>Objectif 2 : D'ici à 2030, nous éliminerons la faim, nous réduirons le retard de croissance de moitié et nous veillerons à garantir un accès universel à la nourriture, à l'eau potable et à l'assainissement, et ce de manière durable.</p> <p>Objectif 3 : D'ici à 2030, nous mettrons fin à la mortalité infantile et maternelle évitable et nous fournirons des soins de santé primaire universels.</p> <p>Objectif 5 : D'ici à 2030, nous veillerons à ce que tous les enfants soient protégés de toutes formes de violence, qu'ils soient protégés dans les conflits et qu'ils puissent s'épanouir dans un environnement familial sans danger.</p> <p>Objectif 8 : D'ici à 2030, nous construirons des sociétés capables de résister aux catastrophes.</p> <p>Objectif 9 : D'ici à 2030, nous veillerons à garantir un environnement de vie sain, durable et résilient pour tous.</p> <p>Cibles spécifiques à la santé</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mettre fin à la mortalité infantile et maternelle évitable</li> <li>2. Assurer une couverture maladie universelle</li> <li>3. Agir sur les déterminants sociaux de la santé</li> </ol>
<p>Rapport du Réseau des solutions pour le développement durable de l'ONU (juin 2013)</p>	<p>Objectif général : Garantir la santé et le bien-être à tous les âges</p> <p>Objectifs intermédiaires :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Assurer l'accès universel aux soins de santé primaire, y compris la santé sexuelle et procréative, la</li> </ol>

	<p>planification familiale, la vaccination de routine, et la prévention et le traitement des maladies transmissibles et non transmissibles.</p> <p>b) Mettre fin aux décès évitables en ramenant la mortalité infantile à [20] décès ou moins pour 1.000 naissances, la mortalité maternelle à [40] décès ou moins pour 100.000 naissances vivantes, et réduire la mortalité chez les personnes de moins de 70 ans de maladies non transmissibles par au moins 30 % par rapport au niveau de 2015.</p> <p>c) Promouvoir une alimentation saine et l'activité physique, décourager les comportements malsains, comme le tabagisme et la consommation excessive d'alcool, et surveiller le bien être subjectif et le capital social.</p>
GTO sur les ODD, document de travail relatif à la 11 <sup>e</sup> session du 5-9 mai 2014 <sup>6</sup>	<p>Une vie en bonne santé à tous les âges pour tous</p> <p>a) réduire d'ici 2030 le taux de mortalité maternelle à moins de 40 décès pour 100.000 naissances vivantes<sup>i</sup>, mettre fin aux décès évitables de nouveau-nés et d'enfants et réduire de x % la mortalité infantile et maternelle<sup>ii</sup></p> <p>b) mettre fin d'ici 2030 aux épidémies de VIH/sida, tuberculose, paludisme et maladies tropicales négligées<sup>iii</sup></p> <p>c) réduire de x % les risques de mortalité précoce liée aux maladies non transmissibles (MNT) et aux blessures, et promouvoir la santé mentale en mettant fortement l'accent sur la prévention<sup>iv</sup></p> <p>d) garantir la couverture de santé universelle (CSU), incluant la protection du risque financier, avec une attention particulière portée aux plus marginalisés<sup>v</sup></p> <p>e) garantir d'ici 2030 l'accès universel aux médicaments et aux vaccins abordables pour tous<sup>vi</sup></p> <p>f) garantir l'accès universel aux services de santé sexuelle et génésique pour tous, notamment les méthodes modernes de planification familiale<sup>vii</sup></p> <p>g) réduire de x % le nombre de décès et de maladies liés à la pollution de l'air à l'intérieur et à l'extérieur des bâtiments et aux autres formes de dégradation environnementale<sup>viii</sup></p> <p>h) éliminer les stupéfiants et la toxicomanie<sup>ix</sup></p>

Source : *Health in the Framework of Sustainable Development*, Rapport technique du programme de développement pour l'après 2015, 18 février 2014, préparé par le Groupe Thématique « La santé pour tous » du SDSN.

<sup>6</sup> Les objectifs spécifiques santé figurant dans la seconde colonne sont soutenus par des coalitions de pays apparaissant sous forme de note en fin de document.

**Ce que nous pouvons en retenir:**

Une convergence se dessine vers des objectifs de développement durable « santé » à l’horizon 2030 parachevant les OMD, intégrant le traitement de certaines maladies négligées et non transmissibles, et introduisant enfin une certaine horizontalité à travers l’objectif universel d’une « healthy life for all at all ages » et de la couverture santé universelle.

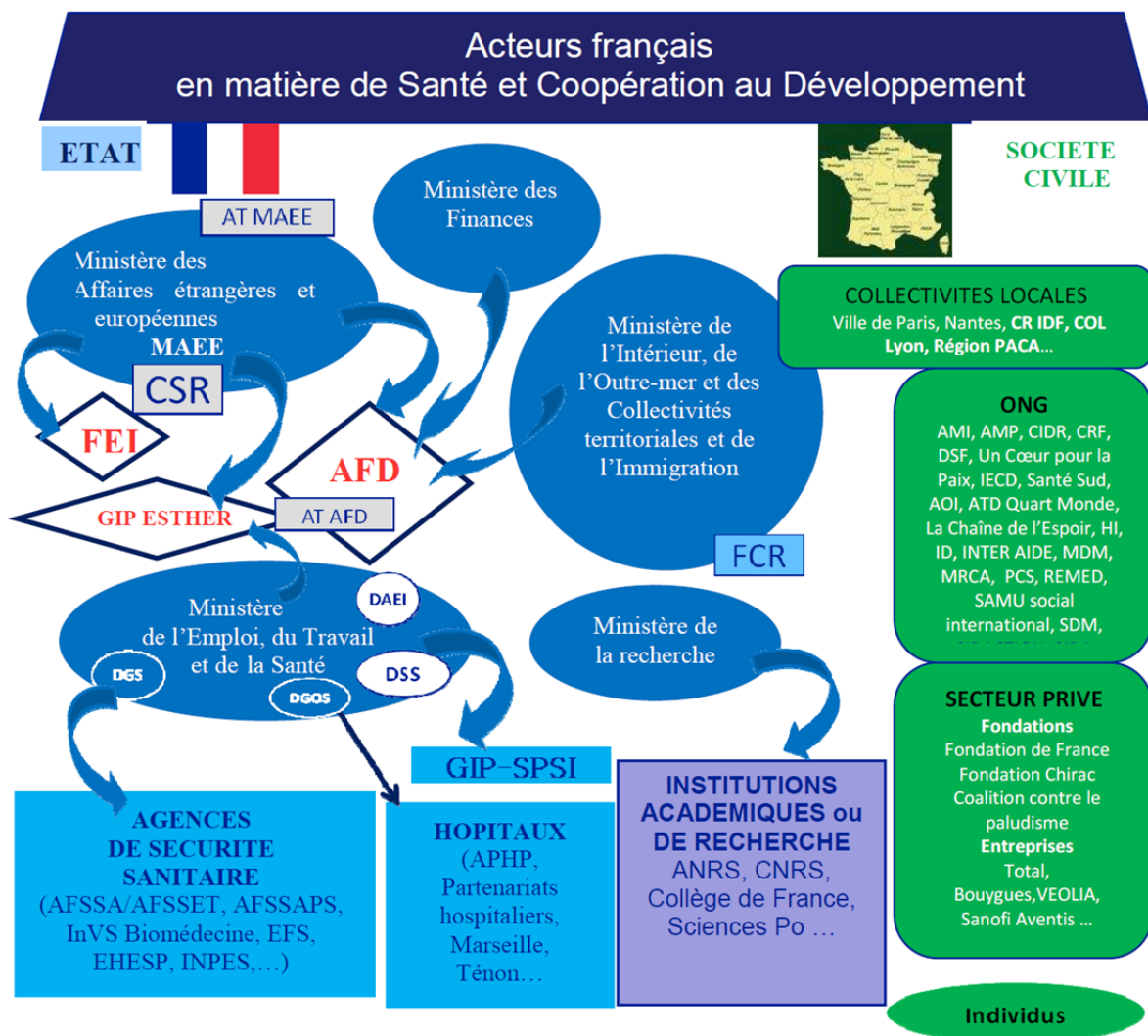
En l’état de leur négociation, les objectifs 2030 ODD santé sont très ambitieux (bonne santé à tout âge et pour tous) soulevant des questions non résolues de mise en œuvre (comment fait-on), de possible effet d’éviction sur d’autres objectifs ou secteurs, ainsi que de la division du travail entre bailleurs, inclus les gouvernements nationaux). Des incertitudes persistent en somme sur les modalités de cheminement vers ces points de convergence éloignés que ne peuvent dissiper un simple énoncé d’ODD.

**5. Les réponses de la coopération française**

Au cours de la dernière décennie, l’aide française au secteur de la santé a fortement augmenté pour dépasser les 1200 millions de dollars en 2011 (figure 3). Elle est restée principalement concentrée sur la lutte contre les grandes endémies, et a appuyé les initiatives nouvelles, notamment le Fonds mondial, le GAVI et UNITAID. En conséquence, l’aide au secteur de la santé est extrêmement concentrée. La stratégie de coopération internationale en matière de santé développée par le Ministère des Affaires étrangères traduit bien ce décalage entre la pluralité des objectifs, des dispositifs institutionnels, et des instruments – et donc au final un système complexe (figure 9), dont la coordination reste délicate, le bilan global difficile à établir, et l’efficacité critiquée (MAEE, 2013a) – et la concentration de l’aide sur les canaux multilatéraux (MAEE, 2011).



Figure 9 : L'écosystème de l'APDF santé



Source : Afd (2012, p. 11)

Aujourd'hui, la France souhaite tirer les leçons de cette dernière décennie. Elle promeut une approche structurelle de la santé intégrant la lutte contre les pandémies à socle de protection social que la France a défendu lors de G20 de Cannes en 2011. Elle met l'accent sur l'importance d'une couverture sanitaire universelle (CSU) qu'elle défend au sein du système des Nations Unies, avec l'objectif d'en faire un point central des ODD en matière de santé. Elle part des constats suivants (Araud, 2014) :

- les initiatives verticales sont efficaces, mais alors qu'elles devaient être transitoire, elle semble se pérenniser face à l'ampleur de la tâche ;
- l'efficacité de ces initiatives se réduit face aux obstacles structurels que sont des systèmes de santé nationaux et locaux trop faibles, une appropriation insuffisante par les pays, et de fortes inégalités dans l'accès aux services de santé.

Elle estime que la CSU permet de répondre à la fois aux inégalités d'accès aux services de santé, et aux risques financiers liés aux dépenses de santé des populations (MAEE, 2013b). Toutefois, la CSU se heurte à des obstacles importants quant à sa mise en œuvre et à l'évaluation de son efficacité. En l'absence d'initiative internationale, le renforcement des systèmes de santé, condition *sine qua non* de la mise en place de la CSU, est aujourd'hui assurée dans un cadre exclusivement bilatéral par l'AFD avec trois grands axes prioritaires (Afd, 2012) :

- la santé maternelle et infantile ;
- les systèmes de santé de protection sociale pour répondre aux maladies chroniques ;
- la surveillance épidémiologique et les déterminants environnementaux de la santé.

Suivant cette configuration, et en l'absence d'initiative internationale nouvelle, un accent mis sur la CSU soulève plusieurs questions :

- quel renforcement possible des moyens d'action de l'AFD dans le soutien des systèmes de santé compatible avec la poursuite de l'engagement de la France dans les dispositifs verticaux qu'elle a soutenu et qui ont prouvé leur efficacité ? Ceci commande de réfléchir sur les modes même de financement de la santé ;
- Quel choix d'objectifs, sous-objectifs et indicateurs de résultats, peut-être fait ou suggéré à brève échéance ? Un travail complémentaire de recherche doit-il être conduit pour accroître la « mesurabilité » des politiques d'aide à la CSU ?
- la coordination de l'action française avec celle des autres bailleurs, car une action française seule, même forte de moyen d'action supplémentaire, ne peut raisonnablement escompter soutenir significativement les systèmes de santé nationaux et locaux, sauf au prix d'une aide extrêmement concentrée géographiquement ;
- la mise en adéquation des instruments financiers, des axes prioritaires et des partenaires, notamment en ce qui concerne l'appui aux politiques publiques (santé et protection sociale), le développement des ressources humaines, les infrastructures de santé, et les enjeux intersectoriels (éducation, eau, sécurité alimentaire, etc.) ;
- la compatibilité des orientations françaises de l'aide santé et de priorités des pays bénéficiaires, principe qu'elle a cherché à renforcer en tant qu'initiatrice de l'IHP+ (2007) qui visent à appliquer au secteur de la santé les grands principes de la Déclaration de Paris, notamment l'alignement des bailleurs sur les plans nationaux santé.

On retrouve ainsi le triptyque objectifs/moyens/instruments dont la mise en cohérence reste l'enjeu premier de l'aide française, tous secteurs confondus comme nous l'avons vu par exemple dans le cas agricole. En adoptant la CSU comme objectif, la France interroge les moyens nécessaires pour y parvenir, notamment la soutenabilité de son financement. Elle propose l'utilisation de financements innovants, tels la taxe sur les transactions financières, pour dégager un volant financier stable, indépendant des cycles budgétaires des donateurs. Et surtout la mobilisation concomitante des budgets nationaux des pays partenaires car la CSU relève de la responsabilité de chaque Etat (Araud, 2014; MAEE, 2013b). En terme d'instrument, elle met l'accent sur l'importance de l'assistance technique, alors que cet instrument a été la victime privilégiée de la réforme de l'aide française (Voituriez, Giordano, Boussichas, 2014).

## 6. Les conditions de succès des réformes de l'ADS

Notre description du « moment 2015 » souligne à quel point la période actuelle est pour tous les opérateurs, une période d'ajustement et de transition. Transition dans les business model des opérateurs vers un objectif lointain 2030 – que celui s'énonce sous forme de « convergence », de « vie en bonne santé pour tous » ou de « CSU ». L'ambition de ces objectifs lointains dont une formulation consensuelle sera proposée par l'OWG en juillet 2014 est telle qu'elle rend impossible un statu quo dans les volumes de flux de financement et qu'elle rend improbable une conservation en l'état de l'architecture de l'écosystème de l'ADS, de ses pratiques et de ses instruments. Pour éloignés qu'ils soient, les ODD annoncent à terme une réforme d'ampleur de l'ADS. L'inconnue majeure aujourd'hui est celle de la transition entre le modèle existant – conçu autour et pour les OMD, qui a fait preuve d'une réelle efficacité – et celui devra répondre tout aussi efficacement à la réalisation des ODD, mais qui reste à construire. La question qui nous intéresse au premier chef est le sens que la France souhaite donner à cette réforme, et à la manière dont elle envisage cette transition d'un modèle à l'autre, en bonne intelligence avec celui que les autres acteurs de l'aide conçoivent de leur côté. L'atelier nous semble-t-il en conséquence devra concentrer les discussions sur trois sujets.

*Visions 2030 et implications prospectives sur l'ADS.* Quelles visions du changement l'agenda post-2015 incarne-t-il selon les différents acteurs de l'aide ? Quelles scénarii les plus probables d'évolution de l'ADS dessine-t-il selon ces derniers ? Parmi les trajectoires d'évolution possibles de l'ADS global, lesquelles sont privilégiées par la France, avec quel niveau de convergence parmi les autres acteurs de l'aide ?

*Place et contribution de l'APDS française.* La nature de la transition diffère entre opérateurs : développement d'approches plus intégrées, diversification des sources de financement, répartition bi/multi, dons/prêts, division du travail entre bailleurs du CAD et hors CAD, notamment. Face à une probable réforme à terme des instruments et une modification des flux, comment la France envisage-t-elle l'évolution de son propre dispositif ? Les questions soulevées par la mise en œuvre de la CSU pourront être abordées ici.

*Conditions de succès de la stratégie française.* Comment accroître la cohérence et la complémentarité des transitions de l'ADS envisagées par les différents acteurs. Quelle coopération et quel dispositif d'apprentissage ? Au niveau des pays récipiendaires, quelle capacité de prospective de trajectoire sanitaire, avec quels dispositifs de financement ?

## Sources bibliographiques

- Afd. (2012). Cadre d'intervention sectoriel sante et protection sociale 2012-2014.
- AfDB (2013). Health in Africa over the next 50 years. ESTA&OSHD. March 2013.
- Action for Global Health (2013). Who Pays for Health? Advocacy report, December 2013.  
[http://www.actionforglobalhealth.eu/fileadmin/AfGH\\_Intranet/AFGH/Publications/AfGH-ODA-Report-December-2013\\_200dpi.pdf](http://www.actionforglobalhealth.eu/fileadmin/AfGH_Intranet/AFGH/Publications/AfGH-ODA-Report-December-2013_200dpi.pdf)
- Araud, G. (2014). Intervention de M. Gérard Araud, représentant permanent de la France auprès des Nations unies. Couverture Sanitaire Universelle : Comment la mettre en œuvre et l'évaluer.  
<http://www.franceonu.org/la-france-a-l-onu/espace-presse/interventions-en-seance-publique/autres-instances/article/14-avril-2014-couverture-sanitaire>
- Atun, R., Knaul, F. M., Akachi, Y., & Frenk, J. (2012). Innovative financing for health: what is truly innovative? *Lancet*, 380(9858), 2044-2049. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61460-3
- Banque Mondiale, 1993. *Investir dans la santé* Rapport sur le développement dans le monde, Banque Mondiale, Washington, DC.
- Biesma R, Brugha R, Harmer A, Walsh A, Spicer N, Walt G. The effects of global health initiatives on country health systems: A review of the evidence from HIV/AIDS control. *Health Policy Plan* 2009; **24**: 239–52.
- Brown, T. M., Cueto, M., & Fee, E. (2006). The World Health Organization and the transition from "international" to "global" public health. *Am J Public Health*, 96(1), 62-72. doi: 10.2105/AJPH.2004.050831
- Cohen, J. (2002). Gates Foundation rearranges public health universe. *Science*, 295(5562), 2000-2000. doi: 10.1126/science.295.5562.2000
- Coordination Sud (2011) Protection sociale en santé dans les pays en développement - regards sur l'aide publique au développement française, Septembre 2011.  
[http://www.coordinationsud.org/wp-content/uploads/Etude-PSS-com-sant%C3%A9\\_080911.pdf](http://www.coordinationsud.org/wp-content/uploads/Etude-PSS-com-sant%C3%A9_080911.pdf)
- Fryatt, R., Mills, A., & Nordstrom, A. (2010). Financing of health systems to achieve the health Millennium Development Goals in low-income countries. *Lancet*, 375(9712), 419-426. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61833-X
- Gagnon, M. L., & Labonté, R. (2013). Understanding how and why health is integrated into foreign policy - a case study of health is global, a UK Government Strategy 2008-2013. *Globalization and Health*, 9(1). doi: 10.1186/1744-8603-9-24
- Gostin, L. O., Friedman, E. A., Buse, K., Waris, A., Mulumba, M., Joel, M., . . . Sridhar, D. (2013). Towards a framework convention on global health. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(10), 790-793. doi: 10.2471/blt.12.114447
- HCCI. (2002). La coopération dans le secteur de la santé avec les pays en développement. *Rapport du haut conseil de la cooperation internationale*. Paris: Premier Ministre.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing global health 2012: the end of the golden age? <http://www.healthmetricsandevaluation.org/publications/policy-report/financing-global-health-2012-end-golden-age> (accessed Feb 12, 2013)
- Jacquemot, P. (2014) APD française et santé mondiale. Quelques notes complémentaires. Memo 06/05/2014.
- Jamison, D. T., Summers, L. H., & Alleyne, G. (2014). Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet*, 383(9913), 218-218. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62105-4
- Kerouedan, D. (2013). Globaliser n'est pas sans risques pour les populations les plus pauvres du monde. *Revue Tiers Monde*, 215(3), 111. doi: 10.3917/rtm.215.0111
- Kim, J. Y. (2013). Time for even greater ambition in global health. *Lancet*, 382(9908), E33-E34. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62374-0
- Kruk ME, Goldmann E, Galea S. Borrowing and selling to pay for health care in low- and middle-income countries. *Health Aff* 2009; **28**: 1056–66.

- Lancet, 2013. Global Health 2035 : a world converging within a generation. Vol 382, December 7, 2013.
- Legge D. Future of WHO hangs in the balance. *BMJ* 2012; **345**: e6877
- MAEE. (2011). La stratégie de la France pour la coopération internationale dans le domaine de la santé. Paris.
- MAEE. (2013a). Compte rendu de la table ronde santé (2B) du 8 janvier 2013. Assises du développement et de la solidarité internationale. Paris.
- MAEE. (2013b). La France et la couverture sanitaire universelle. Fiche repère. Paris: Ministère des Affaires Étrangères.
- McCarthy, M. (2000). A conversation with the leaders of the Gates Foundation's Global Health Program: Gordon Perkin and William Foege. *Lancet*, 356(9224), 153-155. doi: 10.1016/S0140-6736(00)02457-0
- McCoy, D., Chand, S., & Sridhar, D. (2009). Global health funding: how much, where it comes from and where it goes. *Health Policy and Planning*, 24(6), 407-417. doi: 10.1093/heapol/czp026
- McInnes, C., Kamradt-Scott, A., Lee, K., Reubi, D., Roemer-Mahler, A., Rushton, S., . . . Woodling, M. (2012). Framing global health: The governance challenge. *Global Public Health*, 7(SUPPL. 2), S83-S94. doi: 10.1080/17441692.2012.733949
- Mills, A. (2010). International donor assistance for health. *The Lancet*, 376(9750), 1368-1370. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61517-6
- Moon S, Omole O. Draft Chatham House background paper: development assistance for health: critiques and proposals for change. <http://www.chathamhouse.org/publications/papers/view/190951> (accessed Oct 17, 2013).
- Musango, L., Orem, J. N., Elovainio, R., & Kirigia, J. (2012). Moving from ideas to action - developing health financing systems towards universal coverage in Africa. *Bmc International Health and Human Rights*, 12. doi: 10.1186/1472-698x-12-30
- Nauleau, M., Destremau, B., & Lautier, B. (2013). « En chemin vers la couverture sanitaire universelle ». *Revue Tiers Monde*, 215(3), 129. doi: 10.3917/rtm.215.0129
- Ooms, G., Stuckler, D., Basu, S., & McKee, M. (2010). Financing the Millennium Development Goals for health and beyond: sustaining the 'Big Push'. *Globalization and Health*, 6. doi: 10.1186/1744-8603-6-17
- Piva, P., & Dodd, R. (2009). Where did all the aid go? An in-depth analysis of increased health aid flows over the past 10 years. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(12), 930-939. doi: 10.2471/blt.08.058677
- Ravishankar, N., Gubbins, P., Cooley, R., Leach-Kemon, K., Michaud, C. M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. L. (2009). Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet*, 373(9681), 2113-2124.
- Ruger, J. P. (2014). The World Bank and global health: time for a renewed focus on health policy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(1), 1-2. doi: 10.1136/jech-2013-203266
- Sandberg, K. I., Andresen, S., & Bjune, G. (2010). A new approach to global health institutions? A case study of new vaccine introduction and the formation of the GAVI Alliance. *Social Science & Medicine*, 71(7), 1349-1356. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.06.017
- Smith, J., & Taylor, E. M. (2013). MDGs and NTDs: Reshaping the Global Health Agenda. *Plos Neglected Tropical Diseases*, 7(12). doi: 10.1371/journal.pntd.0002529
- Stierman, E., Ssengooba, F., & Bennett, S. (2013). Aid alignment: a longer term lens on trends in development assistance for health in Uganda. *Global Health*, 9, 7. doi: 10.1186/1744-8603-9-7
- Van de Maele, N., Evans, D. B., & Tan-Torres, T. (2013). Development assistance for health in Africa: are-we telling the right story? *Bulletin of the World Health Organization*, 91(7), 483-490. doi: 10.2471/blt.12.115410
- Voituriez T., Giordano T., Boussichas M. (2014) « Post-2015 development challenges : implications for official development assistance », IDDRI Policy Brief n° 07/14 March

White, F. (2011). Development Assistance for Health: Donor Commitment as a Critical Success Factor. *Canadian Journal of Public Health-Revue Canadienne De Sante Publique*, 102(6), 421-423.

World Bank. (1993). Investing in health. *World Development report*. Washington: world Bank.

Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff* 2007; **26**: 972–83.

---

Notes du tableau 2 :

<sup>i</sup> Australie/Pays-Bas/RU; Ethiopie.

<sup>ii</sup> Propositions similaires faites par Mexico/Pérou, Lettonie, Grèce, Pays-Bas/Royaume-Uni/Australie, Ethiopie, Suède, Argentine/Bolivie/Equateur ; Zambie (Groupe Afrique Australe) ; Bénin (PMA) ; Trinité-et-Tobago (CARICOM) ; Monténégro/Slovénie ; Danemark/Irlande/Norvège.

<sup>iii</sup> Propositions similaires pour traiter ce groupe de maladies transmissibles faites par : Colombie/Guatemala (« réduire ») ; Danemark/Irlande/Norvège, Lettonie (prévenir et soigner) ; Ethiopie (« mettre fin aux épidémies de... ») ; Mexique/Pérou (« réduire l'incidence »), Suède (« élimination du VIH/SIDA, prévention et réduction des autres ») ; AOSIS (« renforcer la lutte contre ») ; Canada/Israël/Etats-Unis (« génération sans SIDA », « prévenir et traiter les maladies transmissibles ») ; Roumanie/Pologne ; Zambie (Groupe Afrique Australe) ; Bénin (PMA) ; Trinité-et-Tobago (CARICOM) ; Les Femmes, les enfants et les jeunes, les peuples autochtones, SLoCat, la Coalition de psychologie de l'ONU et la Société mondiale pour la protection des animaux.

<sup>iv</sup> Propositions similaires faites par : Danemark/Norvège/Irlande (« prévenir et soigner ») ; Suède (« réduire l'incidence des maladies non transmissibles, en réduisant l'exposition aux substances nocives, la mauvaise alimentation, etc. ») ; AOSIS ; Canada/Israël/Etats-Unis (« réduire la mortalité prématurée liée aux MNT ») ; Argentine/Bolivie/Equateur (« plein accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien liés aux MNT ») ; Roumanie/Pologne ; Zambie (Groupe Afrique Australe) ; Bénin (PMA) ; Trinité-et-Tobago (CARICOM) ; Monténégro/Slovénie ; Chypre/Singapour/EAU ; Brésil/Nicaragua ; Les Femmes, les enfants et les jeunes, les peuples autochtones, SLoCat, la Coalition de psychologie de l'ONU et la Société mondiale pour la protection des animaux.

<sup>v</sup> Bénin (PMA) ; Trinité-et-Tobago (CARICOM) ; Brésil/Nicaragua ; Iran ; Monténégro/Slovénie ; Roumanie/Pologne ; Suède. Propositions similaires faites par : Mexique/Pérou ; Colombie/Guatemala (« progrès vers une couverture de santé universelle de qualité ») ; Ethiopie (« services de santé complets pour tous ») ; Japon ; Lettonie (« soins de santé universels de qualité ») ; Grèce (« garantir la CSU ») ; Argentine/Bolivie/Equateur (« accès aux soins et services de santé dans l'exercice du droit à la santé ») et protéger contre les risques financiers (Japon, Mexique/Pérou) ; indicateur possible : subvenir aux besoins de santé des personnes handicapées, des jeunes, des migrants et des populations vieillissantes.

<sup>vi</sup> Australie/Pays-Bas/Royaume-Uni ; Argentine/Bolivie/Equateur ; Mexique/Pérou ; Zambie (Groupe Afrique Australe) ; Bénin (PMA) ; Sri Lanka ; Monténégro/Slovénie ; Chine/Kazakhstan/Indonésie.

<sup>vii</sup> Ethiopie (« accès universel à la santé sexuelle et génésique complète et aux droits relatifs à la procréation ») ; Danemark/Irlande/Norvège (« accès universel à la santé et aux droits sexuels et génésiques ») ; Australie/Pays-Bas/Royaume-Uni ; France/Allemagne/Suisse ; Trinité-et-Tobago (CARICOM) (« amélioration de la qualité de la santé sexuelle et reproductive et son accès ») ; Finlande ; Monténégro/Slovénie ; Chine/Kazakhstan/Indonésie.

<sup>viii</sup> Danemark/Irlande/Norvège ; Suède ; Roumanie/Pologne (« S'attaquer aux causes sociales et environnementales des maladies ») ; Chypre/Singapour/ EAU ; Les Femmes, les enfants et les jeunes, les peuples autochtones, SLoCat, la Coalition de psychologie de l'ONU et la Société mondiale pour la protection des animaux.

<sup>ix</sup> Suède; Women's MG